

Bewerbungsformular

Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen

Multiprofessionelle Pädiatrische Palliative Care

Kurszeitraum: Kurswoche 1: 02.03. – 06.03.2026
Kurswoche 2: 15.06. – 19.06.2026
Kurswoche 3: 14.09. – 18.09.2026
Kurswoche 4: 23.11. – 27.11.2026

Kursleitung: Dr. med. Renate Bergert (Ärztliche Kursleitung)
Dr. rer. medic. Maria Janisch (Psychosoziale Kursleitung)
Corinna Nordhausen (Pflegerische Kursleitung)

Bitte senden Sie uns zusammen mit diesem Anmeldeformular

1. ein Motivationsschreiben
2. Ihren beruflichen Lebenslauf
3. eine Kopie Ihrer Berufsurkunde

per E-Mail an info@kinderpalliativzentrum-sachsen.de oder per Telefax an 0351/458-6384.

Persönliche Daten

Titel: _____

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

Straße: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Telefon- und Mobilnummer: _____

E-Mail: _____

Berufsausbildung: _____
(bitte eine Kopie Ihres Berufsnachweises beilegen)

Berufsbezeichnung: _____

Aktueller Tätigkeitsbereich: _____

Daten zu Ihrem Arbeitgeber

Name: _____

Straße: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Abteilung/Station: _____

Telefon/Telefax: _____

E-Mail: _____

Rechnungsempfänger

Name/Firma: _____

Straße: _____

Postleitzahl und Ort: _____

E-Mail: _____

Die Entscheidung über Ihre Teilnahme erhalten Sie von uns bis zum 31.08.2025 in schriftlicher Form. Eine Stornierung ist bis zum 30.11.2025 kostenfrei möglich und Bedarf der Schriftform. Bei späterer Absage Ihrerseits wird die Kursgebühr in voller Höhe als Ausfallgebühr fällig, sollte kein Ersatzteilnehmer benannt werden können.

Datum/Ort

Unterschrift Teilnehmer:in

Datum/Ort

Unterschrift/Stempel Rechnungsempfänger:in